EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr TURGARD

CANDIDAT A L'AGRÉGATION (LILLE)

(Section d'Accouchement)

CONCOURS DU 1er MARS 1892

LILLE

IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE

209, Rue Léon-Gambetta

1892

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

Ancien aide d'anatomie à la Faculté de Lille, 1880-1881.

Lauréat de la Faculté de médecine de Lille, 1881.

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lille, 1882-1885.

II. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Contribution à l'étude des troubles cardiaques liés à la néphrite interstitielle. (Thèse de Lille, 1881, N° 21.)

II. — Cas de rein en fer à cheval et d'anomalie de la veine cave inférieure. (*Bulletin médical du Nord*, 1882.)

III. — Insertion marginale du placenta sur le col de l'utérus. — Hémorrhagie pendant et après le travail. — Application de forceps. (*Journal des Sages-Femmes*, 1er juillet 1882.)

IV. — Rétrécissement obliquo ovalaire du bassin. — Accouchement prématuré artificiel. — Enfant vivant. — Eclampsie suivie de mort chez la femme. (*Bulletin médical du Nord*, 1884.)

V. — Grossesse compliquée de kyste de l'ovaire. — Accouchement normal. (*Journal des Sages-Femmes*, 16 mars 1885.)

VI. — Hématocèle rétro-utérine survenue à la suite d'une fausse couche à six semaines. — Evacuation spontanée par le vagin; abcès enkysté du péritoine consécutif

à l'hématocèle ; ouverture de la paroi abdominale. — Guérison. *(Annales de Gynécologie*, décembre 1886.)

VII. — Rein mobile douloureux, néphrorrhaphie. *(Bulletin médical du Nord*, septembre 1887.)

VIII. — Sur un signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou du fœtus. *(Annales de Gynécologie*, mai 1888.)

XI. — Deux observations dans lesquelles la manœuvre de Ribemont-Dessaignes a été employée avec succès. *(Annales de Gynécologie*, mai 1888.)

X. — Fibrôme utérin compliquant la grossesse et le travail. *(Annales de Gynécologie*, décembre 1888.)

XI. — Infection puerpérale consécutive à un avortement. — Intoxication par injections intra-utérines de sublimé. — Guérison. *(Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, mai 1888.)

XII. — Amputation spontanée congénitale. *(Bulletin médical du Nord*, 1888.)

XIII. — Quatre cas de céphalotripsie pour causes diverses. (Lille, mars 1892.)

I. — **Des lésions cardiaques liées à la néphrite interstitielle.**

Dans cette thèse, j'étudie le retentissement de la lésion rénale sur l'organe central de la circulation.

Dans un premier chapitre (Pathogénique), je cherche à montrer l'insuffisance de la théorie de Traube pour expliquer la production de l'hypertrophie cardiaque qui accompagne la sclérose du rein. Et je suis conduit à admettre la diathèse fibroïde de Gull et Sutton et la cardite interstitielle de Debove et Letulle.

Dans une seconde partie (Clinique), je montre la lutte du début entre le cœur et le rein, lutte se traduisant par l'élévation de la tension artérielle (pouls bondissant, pouls Traube), la polyurie, le bruit de galop et les œdèmes fugaces

Enfin, dans un troisième chapitre, nous assistons à la défaite du cœur et nous étudions le rôle de cet organe dans la terminaison fatale, terminaison qui peut être *brusque*, par urémie, par syncope et s'accompagner dans les deux cas de défaillance subite du cœur, ou *lente* après une période d'asystolie plus ou moins prolongée et pendant laquelle le cœur lutte pied à pied, mais en perdant chaque jour du terrain.

VII. — **Rein mobile douloureux. Néphrorrhaphie.**

Le 16 février 1887, *le premier en France*, j'ai fait la néphrorrhaphie sur une femme qui présentait une ectopie rénale très prononcée et s'accompagnant de vives douleurs, surtout au moment des règles. Le rein, très mobile, se trouvait à cheval sur la ligne innominée, et les appareils, mal supportés d'ailleurs, ne suffisaient pas à maintenir la réduction. La capsule celluleuse du rein fut seule comprise dans les sutures. Les suites opératoires furent bonnes, la malade fut soulagée pendant quelque temps, mais au bout de trois mois les douleurs reparurent et le rein se déplaça de nouveau.

Au mois d'octobre de la même année, je recommençai l'opération, mais cette fois en passant dans la substance même du rein sous la capsule fibreuse deux sutures dirigées suivant le grand axe de l'organe que je fixai autour de la douzième côte et trois autres transversales comprenant toute l'épaisseur des lèvres de la plaie, moins la peau. Cette fois le résultat fut excellent, et aujourd'hui, plus de quatre ans après l'opération, le rein est encore solidement maintenu.

En terminant mon observation, il y a cinq ans, j'émettais l'hypothèse que dans un temps plus ou moins éloigné, la néphrorrhaphie (opération conservatrice par excellence), serait l'opération de choix dans le cas de rein mobile douloureux.

En effet, à cette époque, la fixation du rein avait été pratiquée dix fois à l'étranger avec un cas de mort. Depuis 1887, les cas se sont multipliés et, à l'heure

actuelle, on peut dire que la néphrorrhaphie ou néphropexie (comme on l'a nommée depuis) est une opération facile et inoffensive, si elle n'a pas toujours donné les résultats thérapeutiques qu'on en attendait.

En tout cas, elle constitue une conquête chirurgicale, car avant la première tentative de Hahn la thérapeutique de l'ectopie rénale était réduite aux appareils de contention souvent inefficaces ou à la néphrectomie, opération présentant une certaine gravité. Ce qui constitue, en effet, le danger de la néphrectomie, c'est l'ignorance où l'on est de l'état du rein non ectopié ; celui-ci peut, en effet, être malade et il n'est pas sans importance alors de le priver du concours de son congénère. Il peut d'ailleurs n'y avoir qu'un rein, cas exceptionnel, il est vrai, mais on ne doit pas oublier la mésaventure arrivée à Polk, de New-York, qui, à l'autopsie d'une femme opérée de néphrectomie, découvrit que le rein enlevé était unique.

IX. — **Deux cas dans lesquels la manœuvre de Ribemont-Dessaignes a été employée avec succès**

(*Annales de Gynécologie*, mai 1888.)

Relation de deux observations d'embryotomie pratiquées dans des circonstances particulièrement difficiles.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une primipare présentant un bassin rétréci avec perfection des formes dont le diamètre promonto sous-pubien mesurait 7 cent. 1/2 et chez laquelle je dus faire la céphalotripsie, n'ayant pour aides que le mari et deux femmes affolées.

A défaut de perforateur classique, je dus faire la

perforation avec un tranchet de cordonnier. Cette femme guérit.

Dans le second cas, il y avait un rétrécissement léger (9 cent. 1/2), mais l'enfant était énorme ; je dus faire la crâniotomie à cause d'une hémorrhagie qui venait de se produire, je n'avais pas de céphalotribe et l'extraction par le forceps fut excessivement laborieuse.

Dans les deux cas je dus, pour engager le tronc, aller à la recherche des bras et les dégager pour me fournir un moyen de traction et diminuer en même temps le diamètre des épaules, manœuvre qui donna le meilleur résultat.

X. — **Fibrôme utérin compliquant la grossesse et le travail.** (*Annales de Gynécologie*, **décembre 1888.**)

L'observation qui a donné lieu à ce mémoire présente plusieurs particularités intéressantes :

1° Fibrôme resté latent jusqu'au 7e mois de la grossesse ;

2° Mutation de présentation et commencement de travail à cette période de la gestation avec présentation de l'épaule ;

3° Version par manœuvres externes et rétrocession du travail, persistance de la grossesse jusqu'à terme ;

4° Impossibilité de l'engagement par suite de la présence dans l'excavation d'une tumeur volumineuse ;

5° Difficulté du diagnostic entre un fibrôme ramolli et une tumeur liquide ;

6° Procédé d'intervention, — Application du forceps

sur la tête avant la rétropulsion de la tumeur. — Puis rétropulsion de la tumeur et de la tête. — Traction sur le forceps pendant que l'on maintient la tumeur réduite. Facilité de l'extraction du fœtus dans ces conditions. — Supériorité de ce procédé sur la version.

XI. — **Infection puerpérale dans le cours d'un avortement. — Intoxication par injections intra-utérines de sublimé. — Guérison.** (*Nouvelles Archives d'Obst. et de Gynécologie*, 1888.)

Femme atteinte d'infection puerpérale dans le cours d'un avortement non soigné. — Amélioration sous l'influence d'injections intra-utérines d'acide phénique. — Intoxication hydrargyrique grave survenant au moment où l'on substitue les injections de sublimé aux injections phéniquées.

Dans ce travail, j'attire l'attention sur les hémorrhagies abondantes comme prédisposant à l'absorption des liquides toxiques, et sur le danger des injections intra-utérines hydrargyriques chez les femmes épuisées par des hémorrhagies graves.

XII. — **Amputation spontanée congénitale.** (*Bulletin médical du Nord*, 1888.)

Ce travail, basé sur quatre observations inédites dont l'une est particulièrement intéressante, est surtout une étude critique des diverses théories concernant la pathogénie de l'amputation spontanée congénitale.

L'amputation spontanée est bien distincte de *l'ectromélie* qui consiste dans un *arrêt de développement*, tandis que *l'amputation spontanée* prive le petit être d'une portion de *membre dejà formé*. D'un côté, il y a *malformation;* de l'autre, *mutilation*.

Comme étiologie, nous trouvons ici l'hérédité : le père de l'enfant, qui fait le sujet de notre principale observation, est atteint d'ectrodactylie de la main gauche (absence du médius) et de syndactylie du médius et de l'annulaire de la main droite, et un autre de ses enfants avait été également atteint de syndactylie des mêmes doigts.

Au point de vue pathogénique, six théories sont en présence :

1° Je suis obligé de repousser en ce qui concerne mon observation du moins, la théorie de Chaussier *(Gangrène intra-utérine)* qui, du reste, n'est plus guère admise ;

2° La théorie de Montgommery n'est pas non plus applicable à ces cas, car on n'a trouvé ni circulaires ni brides amniotiques ;

3° La théorie de Martin d'Iéna (amputation par fracture) n'est pas non plus admissible ;

4° Nous repoussons également la théorie de Kristeller (inflammation circonscrite de la peau suivie de rétraction cicatricielle), car l'examen histologique du sillon nous a montré que le derme chez notre enfant n'offrait pas le caractère du tissu de cicatrice ;

5° Nous n'admettons pas davantage la théorie de Menzel, refoulement du derme par une genèse épithéliale exagérée ;

6° Mais montrant l'analogie de ces cas d'amputation intra-utérine avec le cas de Mirault, d'Angers, étudié par

M. Verneuil dans un remarquable travail publié en 1863 et un autre cas à peu près semblable publié par M. Ball, en 1874, montrant la similitude qu'ils présentent avec la singulière affection connue des nègres africains sous le nom d'*aïnhum*, j'en arrive à conclure qu'il y a lieu de rechercher autre chose qu'une cause locale pour expliquer cette lésion, et je termine ce chapitre de pathogénie par les conclusions suivantes :

1° Nous admettons l'action du cordon pour les sillons que l'on rencontre sur le cou et quelquefois sur les membres, mais non sur les doigts (les cas d'Hillairet, Milne, Credé, Burtscher se rapportent à cette catégorie.)

2° Nous admettons également la production des sillons par des brides pour les cas où ces brides ou bandes auront été observées (cas de Moreau, Bleeck, Broca, Follin, Zargorski, Levert) ;

3° Mais nous croyons qu'il est dea cas, plus nombreux probablement que ceux qui rentrent dans les deux catégories ci-dessus et pour l'explication desquels on doit invoquer une cause plus générale, constitutionnelle produisant un trouble de nutrition locale encore mal déterminé.

Parmi les lésions que présentait l'enfant qui fait l'objet de la première observation, il en est une que je tiens à faire ressortir, parce que je ne l'ai vue décrite nulle part ailleurs.

C'est non pas un sillon, mais une ligne en relief, un bourrelet excessivement peu saillant, situé à la partie moyenne de la jambe gauche et contournant complétement le membre. Il y a là, il me semble, un argument de plus contre la théorie mécanique de Montgommery,

car une constriction ne produit jamais une ligne en relief, un bourrelet.

L'examen histologique d'une partie de la peau du sillon de la jambe droite (observ. I[re]) a révélé un léger degré de sclérose du derme qui est aminci, l'épiderme n'est pas épaissi, et à mesure que l'on descend dans le fond du sillon, on trouve un allongement des papilles et des glandes qui ont presque le double de la longueur qu'elles présentent dans les parties saines de la peau. Le tissu graisseux sous-dermique fait défaut.

Enfin, au chapitre diagnostic, je discute la théorie de Simpson concernant la reproduction des parties amputées et je conclus que les cas dont parle l'accoucheur d'Édimbourg sont des cas d'hémimélie et non d'amputation spontanée.

Lille Imp. Camille Robbe.